



### ESPOSIZIONE A COVID-19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
in servizio \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_

Di essere stato esposto/a ad un contatto con un paziente caso sospetto, probabile o confermato COVID-19,

DATA ULTIMO CONTATTO: \_\_\_\_\_

INDOSSAVO I DPI :  SI TIPO \_\_\_\_\_  NO

HO MANTENUTO DISTANZA 2 mt :  SI  NO

IL PAZIENTE INDOSSAVA MASCHERINA:  SI TIPO \_\_\_\_\_  NO

CONSIDERAZIONI VARIE \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Livorno li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## **Definizioni**

### **Contatti a basso rischio**

Chiunque abbia prestato assistenza diretta a un caso confermato o successivamente confermato di COVID--19, con paziente che indossa la mascherina chirurgica, oppure chiunque abbia manipolato campioni biologici di uno o più casi di COVID--19, dotato dei DPI/DPC indicati senza che si verificassero incidenti o episodi discordanti con le disposizioni aziendali

### **Contatti alto rischio (contatto stretto)**

Chiunque abbia avuto un contatto di breve durata, con un caso confermato o successivamente confermato di COVID--19 , con paziente privo di mascherina , senza l'utilizzo dei DPI/DPC indicati, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti